

Tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerativa crónica inespecífica. Experiencia de cinco años

Dr. Paulino Martínez-Hernández-Magro,* Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,**

Dr. Fernando Álvarez-Tostado-Fernández,* Dr. Alfredo Gutiérrez-Roa*

* Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. ** Cirujano de Colon y Recto. Hospital Ángeles del Pedregal. Grupo Ángeles

Correspondencia: Dr. Paulino Martínez Hernández-Magro. Camino Santa Teresa No. 1055, Col. Héroes de Padierna, C.P. 10700, Torre Ángeles, Consultorio 927, Tels. 5652 7070, 5652 5454. E-mail: paulinomhm@hotmail.com

Recibido para publicación: 1 de febrero de 2002.

Aceptado para publicación: 18 de julio de 2002.

RESUMEN. El tratamiento de la colitis ulcerativa depende de la fase clínica de la enfermedad y tiene indicaciones quirúrgicas precisas. El objetivo del estudio es evaluar las indicaciones quirúrgicas, nuestra experiencia y resultados a largo plazo. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a cirugía por colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) en nuestro servicio en el periodo de marzo de 1996 a marzo del 2001. **Resultados:** fueron 22 pacientes, 13 masculinos y nueve femeninos, edades de 21 a 72 años. La principal indicación fue falta de respuesta a tratamiento médico (50%). Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: colectomía subtotal e ileostomía terminal en un paciente, proctocolectomía interesfintérica con ileostomía terminal en cuatro, proctectomía interesfintérica con ileostomía terminal en tres, ileorrectoanastomosis en tres pacientes, proctocolectomía con reservorio ileoanal en "J" en seis, y proctectomía con reservorio ileoanal en "J" en cinco pacientes. Se presentaron las siguientes complicaciones: candidiasis oral, flebitis, eventración, "pouchitis" y fisuras anales en un paciente, respectivamente (4.5%), fístula reservorio-piel en dos pacientes (9%) y en uno de éstos, además, eyaculación retrógrada. El tiempo de seguimiento fue de hasta cinco años. **Conclusiones:** la colitis ulcerativa tiene indicaciones quirúrgicas precisas, por lo que se recomienda una consulta quirúrgica oportuna. Actualmente el reservorio ileoanal se considera como el procedimiento estándar, porque erradica la enfermedad, impide el desarrollo de neoplasias colorrectales y de manifestaciones extracolónicas permanentes además de preservar la continencia.

Palabras clave: colitis ulcerativa, tratamiento quirúrgico, reservorio ileoanal.

SUMMARY Background: Treatment of ulcerative colitis depends on clinical stage of disease and have precise surgical indications. The aim of this work was to review surgical indications and present data related to our experience. **Material and methods:** Retrospective, descriptive, and transversal study. We reviewed records of all patients who underwent a surgical procedure for ulcerative colitis at our service from March 1996 to March 2001. **Results:** Twenty two patients, 13 males and nine females, ages range 21 to 72 years. Main indication for surgery was no response to medical treatment (50%). Surgical procedures was subtotal colectomy with ileostomy in one patient, intersphincteric proctocolectomy with ileostomy in four intersphincteric proctectomy with ileostomy in three ileorectalanastomosis in three proctocolectomy with ileoanal "J" pouch in six and proctectomy with ileoanal J pouch in five. We had the following complications: oral candidiasis; phlebitis; eventration; pouchitis, and anal fissure in one patient, respectively, pouch-skin fistula in two patients (9%), and retrograde ejaculation in one of these. Follow-up was for 5 years. **Conclusions:** Surgical indications for ulcerative colitis are precise. We recommend early surgical evaluation. Ileoanal pouch is now considered the gold standard for surgical procedure because it eliminates disease, neoplasm development, and permanent extra-colonic manifestations, and restores continence.

Key words: Ulcerative colitis, surgical treatment, ileoanal pouch.

INTRODUCCIÓN

La expresión enfermedad inflamatoria intestinal se utiliza para describir dos condiciones de etiología no determinada: la colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y la enfermedad de Crohn. La colitis ulcerativa es una enfermedad inflamatoria crónica que tiene incidencia de aproximadamente cinco por 100,000 personas por año en Europa y Estados Unidos, es más común en pacientes de raza blanca, población judía y de países occidentales, afecta con frecuencia bimodal a pacientes de 20 a 30 años y el segundo pico después de los 50 años. La prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en países industrializados y el desarrollo de estas patologías en pacientes de poblaciones de bajo riesgo que emigran a países de riesgo elevado, sugieren una causa ambiental, sin embargo, los esfuerzos para identificar el agente etiológico han fallado, las dos áreas de investigación continúan siendo la inmunológica y la infecciosa.

El tratamiento difiere de acuerdo con la fase clínica de la enfermedad, en un inicio debe ser médico incluyendo modificaciones dietéticas, y fármacos como mesalazina, esteroides y en casos muy seleccionados terapia inmunosupresora. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando hay falla al tratamiento médico, manifestaciones extracolónicas intolerables, megacolon tóxico, estenosis, displasia o degeneración maligna, raramente hemorragia y en niños y adultos jóvenes retardo en el crecimiento. El propósito de este artículo es revisar la evolución de los procedimientos quirúrgicos desarrollados para el tratamiento de esta entidad hasta la actualidad, evaluar las indicaciones y la experiencia en el tratamiento quirúrgico y los resultados a largo plazo, en un servicio de cirugía colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se sometieron a revisión los expedientes de todos los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por CUCI en el Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del CMN SXXI, en el periodo de tiempo de marzo de 1996 a marzo del 2001. De todos los pacientes se obtuvieron datos demográficos, tiempo de evolución con CUCI, duración de tratamiento médico, tratamientos quirúrgicos previos por CUCI, indicaciones para tratamiento quirúrgico, tipo de tratamiento quirúrgico, evolución postoperatoria (de acuerdo con complicaciones relacionadas con el procedimiento y mortalidad), y sa-

tisfacción personal con el procedimiento quirúrgico de acuerdo con escala de calidad de vida de Karnofsky, en los pacientes con reconstrucción por medio de un reservorio ileoanal. El seguimiento se realizó en la consulta externa del hospital una vez que los pacientes fueron egresados.

RESULTADOS

En el servicio tenemos 94 pacientes en control por CUCI, corroborado por histología, la mayoría con respuesta adecuada a tratamiento médico. Se obtuvieron los datos de 22 pacientes que requirieron cirugía, de los cuales nueve fueron del sexo femenino (40.9%) y 13 del masculino (59.1%). Con margen de edad de 21 a 72 años, media de 42 años. El tiempo de evolución con CUCI a partir de su diagnóstico varió de dos a 10 años, todos los pacientes recibieron tratamiento médico previo a cirugía durante periodos de seis meses a nueve años, la indicación del tratamiento quirúrgico fue en 11 pacientes (50%), falla de respuesta a tratamiento médico, la cual se definió como presencia de actividad del CUCI a pesar de dosis máxima de mesalazina (6 g al día) y esteroides (más de 20 mg de prednisona al día), en ocho pacientes la indicación fue reactivación del remanente rectal por cirugía previa incompleta (36.3%), los cuales habían sido sometidos a colectomía subtotal (en otros servicios), dos pacientes (9%) con colectomía subtotal e ileostomía terminal, sin actividad en remanente rectal por más de cuatro años que deseaban tener integridad gastrointestinal, y un paciente con colon tóxico que requirió cirugía de urgencia (4.5%). La extensión de la enfermedad fue principalmente de tipo pancolitis (*Figura 1*) (*Cuadro 1*).

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: colectomía subtotal más ileostomía terminal de urgencia en el paciente que desarrolló colon tóxico, proctocolectomía interesfintérica con ileostomía terminal en cuatro pacientes, proctectomía interesfintérica más ileostomía terminal en tres (en los cuales se demostró alteración de la función esfintérica por medio de ultrasonido endoanal y electromiografía), ileorrectoanastomosis en tres pacientes, proctocolectomía (*Figura 2*) con reservorio ileoanal en "J" en seis pacientes, y proctectomía con reservorio ileoanal en "J" en cinco pacientes (*Cuadro 2*).

Colectomía subtotal

Este procedimiento se realizó sólo en un paciente de 56 años, el cual se presentó a Urgencias con un cuadro de dolor abdominal, el paciente contaba con diagnóstico

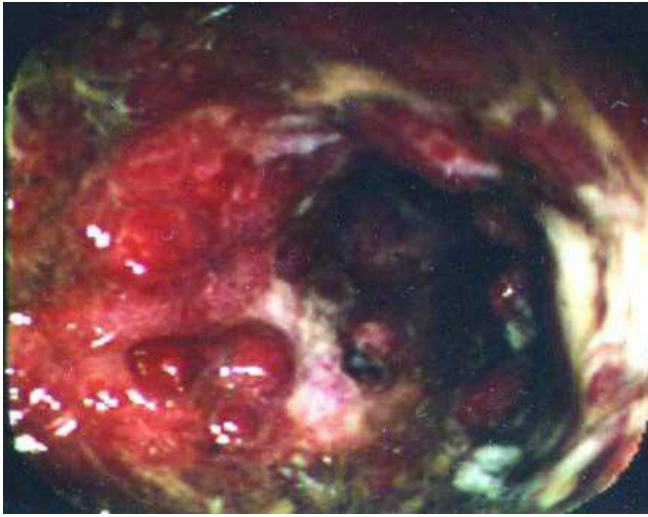


Figura 1. Imagen endoscópica, colitis ulcerativa activa.

CUADRO 1
EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD

Pancolitis	6
Extensa	2
Izquierda	1
Proctosigmoiditis	3
No clasificada	10*

* Pacientes operados en otro servicio

de CUCI desde hace dos años, sin embargo, había suspendido su tratamiento médico por sentir mejoría. A su ingreso con dolor abdominal generalizado y signos francos de irritación peritoneal, taquicárdico e hipertérmico, laboratorios con leucocitosis de 23,000, y las radiografías de abdomen mostraron dilatación importante del colon y aire libre subdiafragmático. El paciente se sometió a cirugía con diagnóstico de colon tóxico, realizándose colectomía subtotal de urgencia, se encontró el colon dilatado, con zonas de isquemia y microperforaciones. El tiempo quirúrgico fue de tres horas, con una hemorragia transoperatoria calculada en 500 cc. El paciente fue admitido en la Unidad de Terapia Intensiva y falleció al tercer día de la cirugía por choque séptico.

Proctocolectomía interesfintérica e ileostomía terminal

Este procedimiento se realizó en cuatro pacientes, con edades de 39-65 años, media de 52.5, se realizó ileostomía terminal debido a que los pacientes no contaban con criterios para reconstrucción ileoanal. El tiempo quirúrgico promedio en este grupo fue de cuatro horas y 43

minutos, con hemorragia transoperatoria de 600 cc en promedio. En este grupo no se presentó mortalidad operatoria, uno de los pacientes presentó como complicación mediata candidiasis sistémica que se manejó con anfotericina B. No hubo complicaciones a largo plazo.

Proctectomía interesfintérica e ileostomía

Tres pacientes fueron sometidos a este procedimiento debido a que habían sido sometidos a colectomía subtotal con persistencia de remanente rectal, el cual se había reactivado. La edad de los pacientes fue de 21, 49 y 72 años, estos pacientes también presentaron contraindicaciones para reconstrucción ileoanal. El tiempo quirúrgico fue en promedio de cinco horas y hemorragia calculada de 350 cc en promedio, en este grupo no se presentó mortalidad operatoria, como complicaciones asociadas al procedimiento un paciente presentó un cuadro de flebitis que se manejó con medidas locales y manejo médico. El tiempo de seguimiento en este grupo es de 1.9-3 años, con media de 2.3 años. No ha habido complicaciones a largo plazo.

Ileorrectoanastomosis

Este procedimiento se realizó en tres pacientes, dos de los cuales habían sido sometidos a colectomía subtotal, y habían permanecido sin actividad en el remanente rectal por más de cuatro años y deseaban tener integridad gastrointestinal, y un paciente, el cual no había tenido descendencia, sin actividad rectal, que prefirió este procedimiento. La edad promedio fue de 50 años, el tiempo quirúrgico fue de 3.1 horas y hemorragia transoperatoria de 393 cc en promedio. No se presentaron compli-

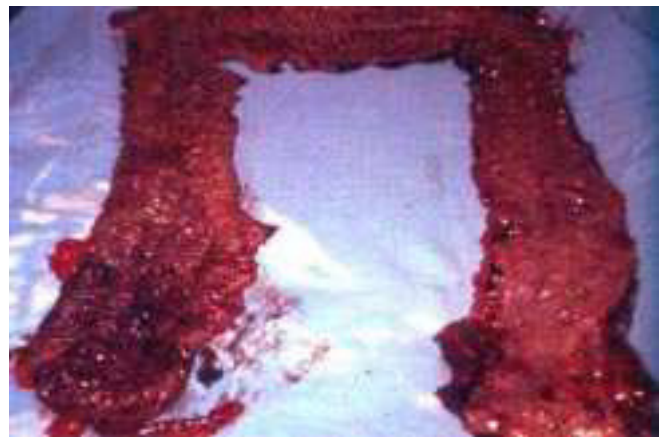


Figura 2. Pieza quirúrgica. Proctocolectomía total.

CUADRO 2
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

n	Procedimiento	Edad	Sangrado	Tiempo Qx	Complicaciones	Seguimiento
1	CS	56	500 cc	3 h	Defunción	3 días
1	PCI + Ileos.	65	500 cc	5 h	no	4.2
1	PCI * Ileos.	39	500 cc	3 h	no	3
1	PCI + Ileos.	53	700 cc	5.45 h	Candidiasis	5
1	PCI + Ileos.	53	700 cc	4.30 h	No	4
1	PRI + Ileos.	49	250 cc	4 h	Flebitis	3
1	PRI + Ileos.	21	400 cc	5.15 h	No	1.9
1	PRI + Ileos.	72	400 cc	6 h	No	2
1	IRA	44	180 cc	3.30 h	No	5
1	IRA	55	500 cc	3 h	No	3
1	IRA	53	500 cc	3 h	No	5
1	PCT + Res.	41	1200 cc	6 h	No	2
1	PCT + Res.	29	800 cc	4 h	No	1.5
1	PCT + Res.	28	650 cc	5 h	Fístula	2
1	PCT + Res.	30	700 cc	6 h	No	5
1	PCT + Res.	40	600 cc	7 h	Fístula + Eyac. Retrógrada	4.5
1	PCT + Res.	49	600 cc	6.20 hrs.	Pouchitis	1.3
1	PR + Res.	47	500 cc	6 h	No	0.8
1	PR + Res.	48	1050 cc	5 h	Eventración	4.5
1	PR + Res.	29	500 cc	5 h	No	2
1	PR + Res.	38	650 cc	6 h	No	1
1	PR + Res.	45	500 cc	4 h	No	2

CS = Colectomía subtotal. PCI + Ileos. = Proctocolectomía interesfintérica + Ileostomía. PRI + Ileos. = Proctectomía interesfintérica + Ileostomía. IRA = Ileorrectoanastomosis. PCT + Res. = Proctocolectomía total + Reservoirio. PR + Res. = Proctectomía + Reservoirio.



Figuras 3 y 4. Realización de reservorio ileal.

caciones ni mortalidad quirúrgicas en este grupo, el seguimiento es de 3-5 años con media de 4.3. Los pacientes continúan en control en la consulta en la cual se les realiza rectosigmoidoscopia para evaluar el remanente rectal, todos los pacientes continúan con tratamiento médico.

Reservorio ileoanal

En nuestro servicio se realiza reservorio ileoanal en “J” (Figuras 3 y 4), con los siguientes criterios de selección: pacientes menores de 60 años, con integridad estructural del esfínter anal comprobado mediante US en-

doanal y electromiografía, sin presencia de tumor desmoide (en caso de poliposis adenomatosa familiar), sin cáncer de recto, siempre en cirugía electiva, son contraindicaciones relativas: pacientes obesos y de talla alta.

Previo a la cirugía se debe verificar que se cuente con el material quirúrgico necesario (equipos de sutura mecánica, instrumental para cirugía pélvica, etc.), piernas con medias de compresión neumática intermitente, preparación colónica adecuada, la mayoría de los pacientes requiere de una dosis de esteroides de estrés, debido a que generalmente se encuentran recibiendo tratamiento médico con esteroides, el abordaje debe ser por línea media para mejor exposición y, al término de la cirugía, recomendamos dejar ileostomía en asa de protección. Tuvimos siete pacientes masculinos (63%) y cuatro femeninos (37%).

Proctocolectomía total y reservorio ileoanal

Se realizó en seis pacientes. Todos los pacientes sometidos a reconstrucción por medio de reservorio ileoanal fueron estudiados con US endoanal y electromiografía, los pacientes que no presentaron integridad del complejo esfintérico fueron excluidos para este tipo de reconstrucción. En este grupo la edad varió de 28 a 49 años, media de 36. El tiempo quirúrgico varió de cuatro a siete horas con promedio de 5.7 horas. Hemorragia transoperatoria calculada de 600 a 1,200 cc (media de 758 cc). El seguimiento fue durante la consulta externa con tiempo de 1.3 a 5 años (media 2.7) y se realizó cierre de ileostomía a las seis a ocho semanas, realizándose estudio contrastado del reservorio previo al cierre para evaluar su integridad (*Figura 5*). Los pacientes refirieron de cuatro a seis defecaciones al día y de una a dos nocturnas, todos los pacientes refirieron satisfac-

ción con el procedimiento de acuerdo con la escala de calidad de vida de Karnofski, la cual se realizó a los seis meses del procedimiento (cinco pacientes refirieron 90 puntos y un paciente 80) (*Cuadro 3*), y todos suspendieron su tratamiento médico.

Se presentaron complicaciones relacionadas con el procedimiento en dos pacientes (33%): fístula del asa eferente del reservorio a piel en dos pacientes, los cuales se manejaron con resección del orificio fistuloso en su origen en el asa eferente, por medio de engrapadora lineal cortante, uno de ellos además con eyaculación retrógrada (14% de los pacientes masculinos), como complicación a largo plazo en este grupo uno de los pacientes presentó pouchitis que respondió al manejo con metronidazol 500 mg cada ocho



Figura 5. Estudio contrastado del reservorio en donde se comprueba su integridad.

CUADRO 3

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE KARNOFSKY

100	Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos y síntomas leves.
80	Actividad normal, con esfuerzo, unos signos y síntomas morbosos.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero satisface la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Gravemente enfermo, tratamiento activo necesario.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

horas (16%), hasta ahora no se ha perdido ningún reservorio.

Proctectomía y reservorio ileoanal

Este procedimiento se realizó en cinco pacientes, los cuales habían sido sometidos a cirugía incompleta con presencia del remanente rectal, sin embargo, cumplían criterios para reconstrucción ileoanal. La edad en este grupo varió de 29 a 48 años con media de 40.5. El tiempo quirúrgico fue de cuatro a seis horas, con hemorragia transoperatoria de 500 a 1,050 cc (media de 640 cc). No se presentó mortalidad operatoria, las complicaciones en este grupo fueron en un paciente (20%) eventración. El seguimiento fue de ocho meses a 4.5 años (media dos años), a los pacientes se les realizó cierre de ileostomía de protección en un tiempo de seis a ocho semanas y las características de las evacuaciones fueron similares a las del grupo previo. A estos pacientes también se les realizó a los seis meses la encuesta de calidad de vida refiriendo satisfacción (tres pacientes 90 puntos y dos pacientes 80 puntos). Todos suspendieron la ingesta de medicamentos.

DISCUSIÓN

Entre los años 640 a.C. y 170 d.C., Hipócrates, Aretius de Capadocia y Sorano de Éfeso, entre otros, refirieron un tipo de diarrea crónica asociada a hemorragia y úlceras del intestino que parecían diferentes a otros tipos de diarrea y podían clasificarse dentro de colitis ulcerativa.¹

Wilks y Moxon, en 1875, fueron los primeros en definir la colitis ulcerativa como entidad patológica específica.² En 1862, Haberson describió los clásicos pseudópulos de la colitis ulcerativa.³ Hasta el siglo XIX emergió el posible papel de la cirugía para tratamiento del CUCI cuando Mayo y Robson, en 1893, realizaron colostomía en una mujer con colitis ulcerativa, a través de la cual el colon inflamado podía ser irrigado.⁴

Hasta antes de la segunda Guerra Mundial muchos cirujanos habían adoptado la apendicostomía como método de elección para el tratamiento quirúrgico del CUCI, Brown describió las ventajas de la ileostomía y apoyó el concepto de derivación del contenido fecal como una forma de tratamiento.⁵

Brian Brooke realizó proctocolectomía con ileostomía en una etapa, la cual permaneció como estándar quirúrgico por muchos años.⁶ Stanley Aylett encabezó la propuesta de realizar una ileorrectoanastomosis.⁷ Nils

Kock revolucionó el concepto de continencia creada quirúrgicamente con su ileostomía continente y estableció la vía para el reservorio ileoanal.⁸

El desarrollo de anastomosis ileoanal debe ser acreditado a Ravitch y Sabiston, quienes, en 1947, la realizaron en dos pacientes con CUCI. Champeau, en 1950, realizó el primer reservorio en J. Parks; Nicholls y Belliveau, en 1978, reportaron su experiencia con el reservorio en S iniciando la era moderna en el tratamiento quirúrgico del CUCI.⁹ El reservorio ileoanal se considera actualmente como el estándar de oro en el tratamiento quirúrgico del CUCI, por la mejor calidad de vida que se obtiene con la conservación de los esfínteres,¹⁰⁻¹² el reservorio elaborado con ramas de 15 a 20 cm es el ideal.¹³ Recomendamos realizar ileostomía temporal en asa, de protección para disminuir el riesgo de posibles complicaciones como fuga anastomótica, sepsis pélvica y peritonitis; algunos autores han recomendado cirugía en un solo tiempo sin estoma de protección, sin embargo, esto se ha asociado a un riesgo elevado de mortalidad.¹⁴ No hay ventaja funcional en la realización de reservorio ileoanal con técnica de doble engrapado y la realizada manualmente,^{15,16} sin embargo, sí hay diferencia en cuanto a tiempo quirúrgico. Los pacientes con anastomosis bajas con porciones distales cortas en el conducto anal tienen un mejor resultado funcional.¹⁷ En nuestro servicio no se realizaron reservorios en pacientes mayores de 60 años, sin embargo, Bauer en su estudio encontró que no había diferencia en cuanto a complicaciones y resultados funcionales en pacientes mayores de 50 años al compararlos con pacientes jóvenes.¹⁸

La principal complicación de la proctocolectomía restauradora es la pouchitis y ocurre entre 20 a 30%, la mayoría responde a tratamiento con metronidazol.¹¹ Se recomienda precaución al realizar proctocolectomía restauradora en pacientes con diagnóstico de colitis indeterminada debido a un número significativo de complicaciones relacionadas con el reservorio y con el descubrimiento posterior de enfermedad de Crohn subyacente.^{19,20}

Con respecto a la experiencia en nuestro servicio recomendamos realizar colectomía subtotal sólo en casos de urgencia como en el colon tóxico, porque éste presenta una alta tasa de mortalidad (aproximadamente 30%), la cual se incrementa con la realización de procedimientos mayores.²¹ Con nuestros resultados no encontramos diferencia en cuanto a tiempo quirúrgico o hemorragia transoperatoria en los pacientes que se sometieron a cirugía en un tiempo que varió de cuatro a siete horas, con 758 cc de hemorragia, con los sometidos a cirugía complementaria

4.43 horas, con 600 cc de hemorragia, sin embargo, si tomamos en cuenta el tiempo quirúrgico y la hemorragia del primer procedimiento sí existiría diferencia por lo que recomendamos que el tratamiento quirúrgico del CUCI sea en forma electiva y en un solo tiempo, evitando someter al paciente a un doble riesgo quirúrgico-anestésico, así como la imposibilidad de una reconstrucción posterior debido a adherencias e imposibilidad para llevar el reservorio hasta el hueco pélvico. La mayoría de nuestros pacientes expresó satisfacción con el tratamiento quirúrgico, con una calidad de vida adecuada. No tuvimos mortalidad asociada a la reconstrucción con reservorio ileoanal y las complicaciones pueden ser manejadas sin alto riesgo.

En México, Fenig y cols. reportaron 18 pacientes operados con reservorio ileoanal, con mortalidad de 5.5%, con complicaciones como oclusión intestinal en seis pacientes (33%), pouchitis en dos pacientes (11%) y fístula enterovaginal en un paciente (5.5%).²²

Luna y cols. realizaron en 11 pacientes reservorio ileoanal, las indicaciones fueron poliposis adenomatosa familiar (PAF) en cuatro, PAF + cáncer colorrectal en tres, cáncer colorrectal metacrónico en tres y CUCI + cáncer de colon derecho en uno, con resultados similares en cuanto a tiempo quirúrgico (336 minutos promedio) y a hemorragia transoperatoria (600 mL), no se presentó mortalidad postoperatoria. Con eyaculación retrógrada en dos pacientes (25% de los hombres) e impotencia en uno (12.5% de los pacientes hombres).²³ Nuestra opinión es no realizar reservorio ileoanal en pacientes con cáncer de recto, debido a que en caso de recurrencia local se deberá recurrir a radioterapia, lo que ocasionaría morbilidad en el reservorio por enteritis postradiación.

CONCLUSIONES

La colitis ulcerativa tiene indicaciones quirúrgicas específicas, recomendándose una consulta quirúrgica oportuna, lo que mejora los resultados. El reservorio ileoanal es actualmente el estándar de oro del tratamiento quirúrgico para CUCI, porque al realizar cirugía conservadora de esfínteres, se erradica la enfermedad y se recobra la salud, mejorando la calidad de vida, además se impide el desarrollo de manifestaciones extracolónicas (colangitis esclerosante, espondilitis anquilosante, eritema nodoso, hipoderma gangrenoso y uveítis) y se evita el desarrollo de neoplasias colorrectales. La colectomía subtotal sólo debe reservarse para casos que requieren cirugía de urgencia como megacolon tóxico.

REFERENCIAS

1. Sorano de Efeso (117 a.C.) cited by Mettler CC. History of medicine. Philadelphia, PA, USA: Blakiston; 1947.
2. Wilks S, Moxon W. Lectures on pathological anatomy. 2nd ed. London: J&A Churchill; 1875.
3. Alexander-Williams J. Historical review. In: Inflammatory bowel diseases. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone; 1997, p. 3-10.
4. Mayo-Robson AR. Case of colitis with ulcerative colitis treated by inguinal colostomy. *Trans Clin Soc London* 1893; 26: 213-5.
5. Bown JY. The value of complete physiological rest of the large bowel in the treatment of certain ulcerative and obstructive lesions of this organ. *Surg Gynecol Obstetr* 1913; 16: 610-3.
6. Brooke B. Historical perspective. In: Alternatives to conventional ileostomy. Chicago, IL, USA: Year Book Medical Publishers; 1985, p. 19-28.
7. Loygue J, Levy E, Malafosse M, et al. Faul-it conserver le rectum lors du traitement chirurgical de la recto-colite ulcero hemorrhagique? Etude de 198 tentatives de conservation ractale. *Gastroenterol Clin Biol* 1981; 5: 1146-54.
8. Kock NG. Continent ileostomy. In: Alternatives to conventional ileostomy. Chicago, IL, USA: Year Book Medical Publishers; 1985, p. 133-45.
9. Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67: 533-8.
10. McIntyre PB, Pemberton JH, Wolf BG, et al. Comparing functional results one year and ten years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 303-7.
11. Keränen U, Luukkonen P, Järvinen H. Functional results after restorative proctocolectomy complicated by pouchitis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 764-9.
12. Zmora O, Efron JE, Noguera J, et al. Reoperative abdominal and perineal surgery in ileoanal pouch patients. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1310-4.
13. Farouk R, Pemberton JH. Opciones quirúrgicas para la colitis ulcerativa. *Surg Clin North Am* 1997; 1: 89-98.
14. Williamson MER, Lewis WG, Sagar PM, et al. One stage restorative proctocolectomy without temporary ileostomy for ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1019-22.
15. McIntyre PB, Pemberton JH, Beart RW, et al. Double stapled vs. handsewn ileal pouch anal anastomosis in patients with chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 430-3.
16. Parc YR, Radice E, Dozois RR. Surgery for ulcerative colitis: historical perspective: a century of surgical innovations and refinements. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 299-306.
17. Annibali R, Öresland T, Hultén L. Does the level of stapled ileoanal anastomosis influence physiologic and functional outcome? *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 321-9.
18. Bauer JJ, Gorfine SR, Gelernt I, et al. Restorative proctocolectomy in patients older than fifty years. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 562-5.
19. Marcello P, Schoetz DJ Jr., Roberts PL, et al. Evolutionary changes in the pathologic diagnosis after the ileoanal pouch procedure. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 263-9.
20. Breen EM, Schoetz DJ Jr., Marcello P, et al. Functional results after perineal complications of ileal pouch anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 691-5.
21. Corman ML. Ulcerative colitis. In: Colon and rectal surgery. 4th ed. ch. 29, Philadelphia, PA, USA, Lippincot-Raven; 1998, p. 1079-92.
22. Fenig RJ, Cervantes CJ, Velásquez GA, Delgadillo TG. Manejo quirúrgico en pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64(Spec.No.): 79.
23. Luna Pérez P, Rodríguez-Coria DF, Sánchez-Maldonado W, et al. Proctocolectomía con ileoanoanastomosis: morbilidad y resultados funcionales en pacientes con y sin cáncer colorrectal. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61(3): 184-92.